

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1958

THÈSE ^{N°} 745
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Léopold, Jean-Claude LAVIE

Né le 14 Novembre 1920, à PARIS

présentée et soutenue publiquement le

LE COMITAL
DANS SON ASPECT
MEDICO-SOCIAL

Président : Monsieur R. PIEDELIEVRE (Professeur)

DACTYLO-SORBONNE

8, Rue Casimir Delavigne
PARIS - VI

1958

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1958

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Léopold, Jean-Claude LAVIE

Né le 14 Novembre 1920, à PARIS

présentée et soutenue publiquement le



**LE COMITAL
DANS SON ASPECT
MEDICO-SOCIAL**

Président : Monsieur R. PIEDELIEVRE (Professeur)

DACTYLO-SORBONNE

8, Rue Casimir - Delavigne
PARIS - VI°

1958



Digitized by the Internet Archive
in 2026

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. BENARD, BROCC, CADENAT, CARNOT, CHABROL, CHAMPY, CHEVASSU, DEBRE, DELBET, DONZELOT, GASTINEL, GUILLAIN, HALPHEN, HARVIER, LAROCHE G., LAUBRY, LEMAITRE, LEVY-SOLAL, LHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT, MONDOR, MULON, OLIVIER, OMBREDANNE, RICHEL, SANNIE, TANON, VELTER.

DOYEN Léon BINET
Membre de l'Institut
ASSESEUR Jean VERNE

I. PROFESSEURS

	MM
Anatomie	CORDIER
Anatomie pathologique	DELARUE
Bactériologie	FASQUELLE
Biologie app. à l'Education) phys. et aux Sports }	CHAILLET-BERT
Biologie Médicale	FAUVERT
Cancérologie méd. et sociale	BERNARD J.
Carcinologie	OBERLING
Chimie Méd.	JAYLE
(Hôtel-Dieu	MENECAUX
Broussais	SICARD
Clinique Chir. (Salpêtrière	MOULONGUET
Cochin	QUENU
Clin. chir. cardio-vasc.	G. d'ALLAINES
Clinique Chir. réparatrice et } orthop.	MERLE d'AUBI- GNE
Clinique de Cardiologie	MOUQUIN
Clinique Chir. infantile } et d'orthop.	FEVRE
Clinique Chir. pleuro-pulm.	MONOD
Clinique de la Tuberculose	BERNARD E.
Clinique de neuro-chir.	PETIT- DUTAILLIS
Clinique de Puéricult.	LELONG
Clinique des maladies cutanées } et syphilitiques	DEGOS
Clinique des mal. du sang	CHEVALLIER
Clinique mal. du système nerv.	ALAJOUANINE
Clinique des maladies des enf.	CATHALA
Clinique des maladies infect.	MOLLARET

Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY
Clinique du diabète sucré et des maladies de la nutrition	BOULIN
Clinique Gynécologique	F. BRENTANO BARIETY J. BESANÇON
Cliniques Médicales	MOREAU de GENNES
Clinique méd. hydro-climat. théér.	DEBRAY
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR V.-R. LANTUEJOUL
Cliniques Obstétricales	VARANGOT LACOMME
Clinique ophtalmologique	RENARD
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN
Clinique physio-pathol. des problèmes alimentaires	HAMBURGER
Clinique psychiatrique infantile	HEUYER
Clinique rhumatologique	COSTE
Clinique stomatologique	DECHAUME
Clinique urologique	FEY
Embryologie	GIROUD
Génétique	LAMY
Histoire de la Méd. et de la Chir.	SOULIE
Histologie	VERNE
Hygiène et Clinique lère Enfance	TURPIN
Hygiène et Méd. Préventive	JOANNON
Médecine du Travail	DESOILLE
Médecine Légale	PIEDELIEVRE
Parasitologie et hist. nat. méd.	GALLIARD
Pathologie chirurgicale	N...
Pathologie exotique	LAVIER
Path. expérimentale et comparée	LENEGRE
Path. Hum. et Immun. exp.	MERKLEN
Pathologie médicale	DECOURT
Path. et Thérapeut. générales	GARCIN
Pédiatrie sociale	Julien MARIE
Pharmacologie et matière méd.	HAZARD
Physico-chimie méd. (ch. t. pers.)	DOGNON
Physiologie	BINET
Physique médicale	STROHL
Radiologie médicale	DESGREZ
Technique Chirurgicale	PATEL
Thérapeutique	BROUET
Thérapeutique chirurgicale	SENEQUE
Thérapeutique médicale	LEMAIRE

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

	MM.		MM.
	(CABROL	Parasito.	BRUMPT
Anatomie	(DEBEYRE	Parasito.cl.	CHABAUD
	(DELMAS		(ABOULKER
	(OLIVIER G.		BARCAT
	(Melle GAU-		BAUMANN
Ana. Path.	(THIER V.		CAUCHOIX
	(BUSSER		DUBOST
	(GOUYGOU		FAUREL
Bactériolo-	(CHRISTOL	Pat. chir.	FLABEAU
gie	(NEVOT		GERMAIN
Biol. Méd.	(BOURLIERE		GOSSET
	(DESGREZ		LAURENCE
Chimie méd.	(ETTORI		LORTAT-JACOB
	(POLONOVSKI (J)		MATHEY
	(SCHAPIRA		OLIVIER (Cl.)
Dermato-syphil.	(DUPERRAT		POILLEUX
Embryologie	(TUCHMANN		THOMERET
	(BULLIARD		VERNE (J M)
Histologie	(COUJARD	Pat.expé-	(LOEPER
	(N..	riment.	MAURICE
Hydrologie	(CORNET		(BOUVIER
	(BOYER		BOUDIN
Hygiène	(DEPARIS		BRICAIRE
Mal. infect.	(BASTIN		BRISSAUD
Médecine	(ALBAHARY		CASTAIGNE
légale et	(DEROBERT		CONTE
du	(GAULTIER		DEROT
Travail	(HADENGUE	Pat.méd.	DOMART
Neurochir.	(DAVID		LAMOTTE
Neurologie	(LHERMITTE		LAROCHE
	(GRASSET		MACREZ
	(LE LORIER		MILLIEZ
Obstétrique	(LEPAGE		PEQUIGNOT
	(MERGER		PERRAULT
	(MORIN		RAMBERT
	(RAVINA		ROYER
	(ROBEY		THIEFFRY
Ophtalmologie	(BREGEAT		TURIAF
	(DESVIGNES		(WOLFRAMM
Orthopédie	(JUDET		JOSEPH
Oto-rhino-	(AUBRY	Pédiatrie	(POLONOVSKI Cl.
laryngo.	(MADURO		MOZZI CONACCI

	MM.		MM.
Pharmacol.	{ Melle LEVY	Psychiatrie	{ BARUK
	{ CHEYMOL		{ PICHOT
Physiol.	{ BARGETON	Psych. infant.	{ MICHAUX
	{ DEJOURS	Rhumatologie	{ DELBARRE
Physique } {	{ PARROT	Stomatologie	{ CHAPUT Mme
Médicale } {	{ DJOURNO	Thérapeut.	{ CERNEA
Pneumo-phtis.	{ GOUGEROT	Urologie	{ CHASSAGNE
	{ KREIS		{ KUSS

III.- PROFESSEURS HONORAIRES
et AGREGES RAPPELES à l' EXERCICE
pour le Service des Examens

MM. GATELLIER, LE LORIER, VAUDESCAL

IV.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET
AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
A TITRE PERMANENT

	MM.		MM.
Clinique } {	{ AMELINE	Clinique opht.	{ OFFRET
chir. } {	{ HUGUIER	Urologie	{ COVELAIRE
	{ LEGER	Clinique } {	{ DREYFUS
	{ PADOVANI	méd. } {	{ HAGUENAU
	{ ROUX		{ KOURILSKY
	{ RUDLER		{ MARCHAL
Clinique } {	{ ECALLE		
obstétr. } {	{ MAYER		

Secrétaire Général de la Faculté..... M. MOREL
Secrétaire-Adjoint..... Melle CHAINTREUIL

Bibliothécaire en Chef..... Dr HAHN
Conservateur..... Melle GOICHON
Bibliothécaires..... { Melles DUMAITRE
LE NOIR
METIN
QUIEVREUX

Par délibération en date du 9 décembre 1798,
l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans
les dissertations qui lui seront présentées,
doivent être considérées comme propres à
leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner
aucune approbation ni improbation.

A la Mémoire de mon Père.

A ma mère,

A ma soeur,

A mon beau-frère,

grâce à l'affection et à la
compréhension de qui j'ai
pu entreprendre les études
médicales et les poursuivre
jusqu'à cette thèse.

Ce symbole leur est justement
dédié.

A Monsieur le Professeur R. PIEDELIEVRE

Professeur de Médecine Légale à la
Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

Qui nous fait l'honneur
d'accepter la présidence
de cette thèse.

Qu'il trouve ici l'expression
de notre respectueuse
reconnaissance.

A Monsieur le Professeur G. CORDIER

Professeur d'Anatomie à la Faculté
de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Chirurgie
Officier de la Légion d'Honneur

 ' Pour l'accueil qu'il a toujours
 bien voulu nous réserver dans
 son service et pour son ensei-
 gnement clinique profondément
 humain.

Avec notre respectueuse gratitude.

A Monsieur le Docteur Jacques LACAN

Président de la Société Française de
Psychanalyse.

pour son enseignement qui
nous a appris la rigueur
et la patience.

LE COMITIAL
DANS SON ASPECT MEDIDO-SOCIAL

- :-

Introduction.

Etude statistique.

Aspects cliniques et psychiques.

Classement et reclassement,
Adaptation et réadaptation.

Conclusion.

Bibliographie.

INTRODUCTION

-:-

La situation médico-sociale de l'épileptique est un problème en pleine évolution.

En effet, la maladie qu'est l'épilepsie se modifie chaque jour du fait des acquisitions dans le domaine de son traitement. Et les conceptions de l'utilisation de l'individu, normal ou diminué, au sein de la collectivité, bénéficient de la nécessité d'employer toutes les forces vives de la nation, et de la notion toujours plus étendue en médecine, selon laquelle le fonctionnel prime le lésionnel, l'organique. Or, mises à part certaines épilepsies surtout de type bravais-jacksonien, déterminées par une lésion organique, parfois justiciables du traitement chirurgical, la maladie qui nous occupe est avant tout une affection fonctionnelle.

Il y a moins d'un demi-siècle, l'épileptique était considéré comme un malade irrécupérable et dangereux, aux accès imprévisibles ; l'on se bornait à réclamer pour lui une "assistance", une aide charitable, le tenant à l'écart de l'activité des normaux. Aujourd'hui, bien des auteurs réclament pour l'épileptique "le droit de vivre comme tout le monde".

Entre ces deux extrêmes, se trouve probablement la vérité, ou plus exactement les vérités. Nous nous proposons ici non de considérer la maladie comitiale dans son ensemble, mais d'étudier les possibilités d'adaptation de l'épileptique.

Le truisme tant de fois cité : "il n'y a pas de maladies, il n'y a que des malades", prend ici une signification particulièrement nette, l'on peut dire que chaque épileptique est un cas particulier qu'auront à résoudre le médecin, le neurologue, le psychiatre, le médecin du Travail, et aussi l'entourage du malade, sa famille, ses camarades, ses collègues, le législateur, enfin, ayant à statuer sur ces difficiles problèmes.

Entre l'épileptique grave, au niveau mental diminué, qui passera son existence dans un établissement spécialisé, et le sujet qui présente, quelques instants par mois, une crise ou une absence, il n'existe aucune commune mesure : Le premier reste l'irresponsable, l'irrécupérable à tenir éloigné de la société, le second, pour son bénéfice et pour celui de la collectivité, pourra occuper un emploi et mener une vie pratiquement normale.

L'épilepsie est connue depuis la plus haute Antiquité, mais jusqu'à ces derniers temps, une idée infâmante lui était attachée, dont les vestiges expliquent certainement la survivance actuelle de certains préjugés. Parce que certains malades mentaux présentent des crises épileptiques, on a trop longtemps conclu que les épileptiques étaient des fous, des dégénérés ou

des idiots. Longtemps considérée comme héréditaire, l'épilepsie a entraîné des mesures d'eugénisme et la stérilisation de ceux qu'elle frappait. Une conclusion récessive aux crises apparaît dans certaines observations, sans rapport avec la valeur intellectuelle, ou la détérioration cérébrale. Or, avec les traitements modernes, on obtient le contrôle complet des crises dans 50 % des cas, un contrôle presque complet dans 30 % des cas restants. Et, nous le verrons, si la moitié des épileptiques continue à présenter un état trop grave pour permettre une incorporation sociale, l'autre moitié fournit un contingent de sujets susceptibles de mener une vie professionnelle normale, le métier étant évidemment choisi selon les possibilités du malade.

L'amélioration des moyens de diagnostic, en particulier l'électro-encéphalographie, explique sans doute que le nombre des épileptiques reconnus soit élevé. C'est cette fréquence même de la maladie qui rend nécessaires des mesures d'adaptation sociale et professionnelle pour cette catégorie de sujets.

Le terme d'assistance aux épileptiques peut avoir une signification choquante, impliquant l'idée d'un sujet diminué, pour la société. En réalité, ce terme désigne l'ensemble des mesures, des méthodes, et des moyens qui aboutissent au reclassement de l'épileptique : dépistage et diagnostic de la maladie, traitement, surveillance, réentraînement pour celui, adulte, qui ne peut plus, du fait de l'apparition des crises, exercer son ancien métier ; orientation professionnelle, écoles, ateliers, colonies de vacances pour l'enfant. On voit que l'assistance aux épileptiques n'est pas

une méthode passive pour le malade, qu'au contraire, elle exige de lui une coopération des plus actives sans laquelle ses possibilités resteraient des plus limitées.

A l'heure actuelle, trop souvent encore, l'épileptique est un paria, qui cherche à dissimuler son mal et qui, s'il n'y réussit pas, est considéré comme indésirable au sein des collectivités, scolaires, professionnelles. On retrouve, là, l'attitude romaine qui a donné son nom aux crises : les Comices romains étaient suspendus lorsqu'un de leurs membres tombait terrassé par une attaque "comitiale". Au Moyen-Age l'épilepsie frappait l'imagination populaire qui y voyait une manifestation surnaturelle, les épileptiques étaient placés sous la protection de leur patron, Saint Valentin. Certaines expériences mystiques ont utilisé les épileptiques en perpétuelles trances entre le néant d'une mort passagère et l'ineffable sensation d'un retour à la vie.

Faute de traitement, l'épilepsie était jusqu'au siècle dernier la grande pourvoyeuse d'asiles (AMIEL). Les thérapeutiques modernes ont transformé la situation de ces malades qui en grande majorité peuvent demeurer dans la société et même y travailler.

Si l'épilepsie s'est transformée qualitativement, l'a-t-elle fait quantitativement ? Est-elle plus fréquente qu'autrefois ou, simplement, davantage de cas sont-ils diagnostiqués comme tels ? C'est à cette question que nous chercherons à répondre dans une étude statistique sur la fréquence de la maladie, le pourcentage des malades utilisables.

Nous envisagerons ensuite les aspects de l'épilepsie, qui donnent à chaque malade sa physionomie propre : aspect clinique : nature, rythme, importance des crises ou des manifestations dites "équivalents", surtout manifestations psychiques, niveau intellectuel, troubles caractériels. Toutes ces complications sont loin d'être constantes, bien des comitiaux conservent un psychisme indemne, sinon parfois remarquable, supérieur à la moyenne. Si vraiment, comme le veut la tradition, font partie des épileptiques Mahomet, Luther, Charles Quint, Pierre le Grand, Richelieu, Molière, Napoléon, Flaubert, Haendel, Van Gogh, il faut être prudent avant de formuler un jugement sur l'activité mentale de cette espèce de malades...

Ces éléments nous serviront alors pour envisager le classement - ou le reclassement, - l'adaptation - ou la réadaptation - selon l'âge auquel les accidents comitiaux sont apparus, selon aussi la profession du malade adulte atteint. Car, si certains métiers sont parfaitement compatibles avec des accès même relativement fréquents, d'autres - ne citons que chauffeurs d'auto ou de locomotive par exemple - ne s'accordent pas même avec une crise annuelle...

ETUDE STATISTIQUE

--

Nous nous bornerons à citer quelques chiffres susceptibles d'indiquer quelle est l'ampleur du problème posé par les épileptiques non hospitalisés, qui occupent une place dans la société et éventuellement dans la population laborieuse.

On sait que l'épilepsie peut être une maladie en soi, elle est alors dite essentielle, et c'est cette forme surtout que nous avons en vue. Mais elle peut également être symptomatique et par là appartenir à des tableaux anatomo-cliniques fort divers, dans lesquels les phénomènes prédominants peuvent ne pas être de nature comitiale. Dans ces cas complexes, il ne peut plus s'agir de considérer le retentissement médico-social de l'épilepsie, qui n'est alors qu'une des composantes de la maladie considérée.

Nous devons donc admettre que les statistiques, pas toujours précises d'ailleurs, ne doivent tenir compte que des épilepsies essentielles. On admet que sur 1.000 sujets examinés, 3 ou 4 vont présenter des manifestations plus ou moins accentuées, groupées ou isolées, permettant de porter le diagnostic d'épilepsie. En Suisse, aux Pays-Bas, aux Etats-Unis, les statistiques concordent pour admettre que sur 1.000

habitants, cinq sont épileptiques , soit un épileptique pour 200 habitants. Ces chiffres transposés à la population française, donneraient 200.000 épileptiques ; or on en admet à peine la moitié. LENNOX calcule que dans le monde il existe quelque dix millions d'épileptiques.

MARCHAND, pour la France, avance le chiffre de 80.000 comitiaux, BIZE pense qu'il s'élève à 100.000, dont 10.000 enfants. Pour MARCHAND encore, sur les 80.000 épileptiques français, 8 à 10.000 seulement sont hospitalisés. Restent donc 70.000 comitiaux, dont 50 pour 100 seraient capables d'un travail suivi.

AMIEL pense que plus de 50 % de l'ensemble des épileptiques ont un travail régulier et mènent une vie indépendante. LENNOX, étudiant 941 épileptiques, constate que 75 pour 100 exercent un métier. Ce chiffre paraît très optimiste. MAC GHIE ne trouve que 24 % d'épileptiques capables d'emploi. BIANCHINI et SPARTING élèvent cette proportion à 50 %, CROWLEY à 57 %, LENNOY et COBB à 65 %, et GILULA à 82 %, chiffre fixé sur, seulement, l'examen de 103 épileptiques : 85 d'entre eux étant capables de travailler en fabrique, dans des affaires privées ou dans des colonies de travail pour invalides.

L'appréciation de MARCHAND nous intéresse à double titre : elle concerne les épileptiques français, et elle donne un chiffre moyen parmi les extrêmes soutenus par les auteurs étrangers. Pour MARCHAND, il existe en France environ 80.000 épileptiques, sur lesquels 70.000 vivent librement, dont plus de 50 %, soit 35 ou 40.000 sont capables de travail suivi. Il faut que ce travail soit

choisi en fonction des possibilités du sujet, le malade devant donc être classé ou reclassé, selon l'âge auquel la comitialité est apparue, et selon le métier antérieurement exercé, compatible ou non avec l'affection.

Certains sujets, particulièrement doués, nous dit R. AMIEL, accèdent, comme d'autres et malgré leurs crises, aux plus importantes dignités politiques ou scientifiques, et aux plus grands honneurs du monde artistique ou littéraire. Aucune profession ne leur est donc fermée.

Dans un domaine moins exceptionnel, en cinq années, l'Association Paritaire d'Action Sociale du Bâtiment et des Travaux Publics, dont les services de "Médecine du Travail" groupent la majorité des travailleurs du bâtiment de la région parisienne, a dépisté plus de 150 ouvriers épileptiques dans les différents métiers du bâtiment sans que des anomalies dans leur travail eussent attiré l'attention et permis ce diagnostic. Ces sujets occupaient cependant souvent des postes dangereux, de couvreurs, fumistes, maçons, peintres, sans avoir eu d'accident du travail. Les troubles caractériels n'ont été qu'exceptionnels, ces 150 comitiaux vivaient en bonne intelligence avec leurs camarades de travail et leur famille.

En France, les problèmes médico-sociaux se posent donc pour 35 ou 40.000 épileptiques en état de travailler.

ASPECTS CLINIQUES ET PSYCHIQUES

-:-

Grand mal, petit mal, équivalents, ces distinctions classiques dans les degrés de gravité de l'épilepsie et dans le caractère morphologique de ses manifestations, ne doivent pas retenir notre attention en tant que telles. Ce que nous recherchons, c'est une appréciation médico-sociale, c'est sous cet angle que nous reprendrons l'étude des formes comitiales intéressantes du point de vue de leur potentialité. Indiquons tout de suite que tel classement valable à un moment donné reste toujours susceptible d'être révisé, car la fréquence et l'importance des crises ne sont pas fixées une fois pour toutes pour un malade considéré. La maladie évolue, sous des influences diverses, exogènes et endogènes, de façon souvent imprévisible - ce qui vient évidemment compliquer le problème qui nous occupe.

Nous exposerons schématiquement les aspects cliniques et psychiques de l'épilepsie, dont seules retiendront notre attention les formes susceptibles de permettre une activité professionnelle suivie : crises espacées, sans troubles caractériels importants, sans atteinte marquée du niveau mental ; ou encore, crises paroxystiques survenant en dehors des heures de travail,

crises habituellement et uniquement nocturnes, par exemple ; enfin, malades régulièrement traités chez qui les crises ont disparu, laissant cependant une "mentalité épileptique" susceptible de donner lieu à de nouveaux paroxysmes, importants, ou mineurs.

D'emblée, nous allons voir que la nécessité d'une appréciation va rendre difficile la classification. Par exemple, nous avons parlé de malades dont les crises sont "espacées". BIZE a proposé de considérer comme :

- crises rares, celles qui surviennent au rythme d'une par année ;
- crises assez rares : deux à quatre par an ;
- crises assez fréquentes : une par mois ;
- crises fréquentes : une par semaine ;
- crises très fréquentes : au moins une par jour.

Mais les manifestations comitiales sont loin d'obéir à un rythme régulier, et un malade placé dans l'une de ces catégories quantitatives peut brusquement en changer. C'est donc une impression d'ensemble que le médecin devra retirer de l'examen du malade avant d'établir un bilan médicosocial, tout prudent et provisoire, plus exactement actuel.

Cette incertitude de pronostic explique déjà pour une grande part la méfiance de l'employeur vis-à-vis de l'épileptique qui cherche à travailler.

c

Rappelons rapidement les formes classiques de l'épilepsie essentielle.

Les crises d'origine organique se traduisent par des manifestations motrices, sensitives, sensorielles, psychiques, qui se déclenchent brusquement, indépendamment de la volonté du malade, se déroulent en dehors de sa conscience, ne lui laissant habituellement aucun souvenir, et se répétant en général sous une forme toujours semblable, quoiqu'avec une fréquence variable. Cette description classique de BIZE ne concerne que la crise proprement dite, typique, qui dans la moitié des cas éclate brusquement. Mais elle peut être précédée d'une aura, quelques heures, plus rarement quelques jours avant la crise et sous des formes variables : troubles moteurs du type parasthésique, troubles sensitifs du type céphalée, troubles viscéraux de types divers, que le malade apprend à connaître et qui l'avertissent de la proximité de la crise. Cette notion est importante du point de vue médicosocial, puisqu'elle permet au malade de rester chez lui lors du paroxysme,

L'aura peut, au contraire, n'apparaître qu'immédiatement avant la crise, cependant avec assez de netteté pour que le malade ait le temps d'alerter son entourage, de s'asseoir. Plus souvent, c'est pendant les quelques secondes qui précèdent la crise, des manifestations motrices, du type secousses choréiques ou myocloniques, des manifestations sensitives, viscérales, sensorielles ou psychiques. Enfin, tout peut se dérouler trop rapidement pour que le malade ne puisse éviter la chute au sol car la perte de connaissance est immédiate. On sait que la crise se poursuit alors selon quatre phases successives de contractures généralisées avec plus ou moins de cyanose,

morsure de la langue, perte des urines - pendant vingt ou trente secondes - de convulsions, phase clonique avec spume aux lèvres - pendant une ou deux minutes - phase de résolution musculaire, avec respiration bruyante - pendant dix à trente minutes - enfin, phase de reprise de connaissance. Toute l'évolution étant placée sous le signe de l'amnésie, ce spectacle est assez impressionnant pour exclure le malade de la vie collective.

Nous savons que le rythme de fréquence est des plus variables, depuis les crises pluriquotidiennes jusqu'à la crise annuelle. Une notion est socialement importante : leur survenue diurne, ou nocturne. Enfin, la crise peut être pure et par là plus influençable par le traitement, ou accompagnée d'équivalents, généralement plus rebelles.

La crise jacksonienne, souvent post-traumatique, qui se déroule sans perte de connaissance, peut être précédée d'une aura motrice qui avertit le malade. Elle reste généralement limitée à un segment de membre, laisse indemne l'état psychique, n'entraîne pratiquement pas d'accident et ne pose donc pratiquement pas de problème médicosocial. Cette évocation suffira donc, la concernant.

Le petit mal réunit les absences et les vertiges. THUREL définit l'absence comme "une suspension momentanée de l'activité consciente". Le mouvement en cours, la parole, sont brusquement arrêtés pendant quelques secondes, puis tout se rétablit. Les absences pourraient passer inaperçues si le malade ne laissait tomber l'objet qu'il tient, ou ne tombait lui-même. On comprend que ce type de manifestations,

moins spectaculaire que la grande crise, soit cependant très grave du point de vue de l'activité professionnelle. Il faut donc pour de tels malades choisir un métier où le travail est personnel, non entraîné dans le rythme général d'une machine en mouvement, ou de compagnons comptant sur eux. On appelle vertiges des absences compliquées de convulsions rapides, peu accusées, souvent localisées à la face, et ne persistant que quelques secondes.

Absences et vertiges peuvent rester isolés chez un malade correctement traité, qui ne connaîtra jamais la grande crise. Mais lorsque ces crises existent, les absences sont beaucoup plus fréquentes, et leur répétition risque de compromettre toute l'activité du sujet. Absences nombreuses et crises rares sont plus souvent constatées que l'association inverse, cependant possible, de crises fréquentes et d'absences rares.

Ces manifestations désignées par le terme de "petit mal" ne représentent plus, comme autrefois, une forme mineure ou atypique à opposer au grand mal. Le petit mal est une forme d'épilepsie individualisée sur la triade symptomatique : absences, myoclonies, akinésies, rebelle aux traitements anti-épileptiques habituels, mais heureusement sensible aux récents dérivés chimiques, à action quasi-élective sur lui.

Les équivalents enfin, ou automatismes épileptiques, groupent tous les actes ou gestes coordonnés ou non, se produisant sans intervention de la volonté, avec carence des fonctions cérébrales supérieures et ne laissant généralement aucun souvenir. Telle est la définition classique de

MARCHAND. Ces accès d'automatisme, qui peuvent précéder ou suivre la grande crise épileptique, peuvent également apparaître isolément, et être la seule manifestation de la maladie. On voit toute l'importance de leur dépistage. L'automatisme psychomoteur épileptique entraîne des gestes imprévus, des actes sans rapport avec la situation, il peut être incoordonné, plus rarement eupraxique ; enfin, la fugue épileptique en est une forme.

Le pronostic des manifestations épileptiques dépend surtout de la précocité et de la rigueur du traitement. Chaque type de convulsions, chaque mode pathogénique individuel, entraînent des schémas thérapeutiques différents. Les barbituriques, l'hydantoïne, avec toutes les variétés de préparation qu'ils ont suscitées, influencent heureusement "le grand mal". Le petit mal bénéficie surtout de l'action des diones et du succinimide : paradione, tridione, amphétamine.

Le traitement chirurgical est à réserver aux états de mal traumatiques récents, aux formes à point de départ cortical focalisé, après échec du traitement médical énergiquement conduit.

La précocité du traitement est d'autant plus indispensable que certaines données pathogéniques actuelles admettent que le trouble fonctionnel est initial, les lésions organiques constatées lors de vérifications anatomiques étant vraisemblablement secondaires à la répétition des crises. Le mécanisme qui permet l'auto-entretien des crises et l'état de mal n'en demeure pas moins obscur.

Si l'épilepsie se limitait à des crises convulsives musculaires, elle n'aurait pas la gravité qu'on lui accorde à juste titre. Le retentissement de la comitialité sur le niveau mental, sur l'intégrité caractérielle, est très important, dans le problème médico-social qui nous occupe, plus que les secousses musculaires et même que les pertes de connaissance.

Dans l'orientation professionnelle du comitial, l'établissement du niveau intellectuel, le dépistage des troubles caractériels, sont aussi essentiels que la mesure du rythme et de l'intensité des crises paroxystiques. Ils sont beaucoup plus difficiles à réaliser.

On a décrit une mentalité épileptique. Certains auteurs l'attribuent, à des degrés divers, pour tôt ou tard, à tous les sujets atteints, d'autres ne la trouvent que dans la moitié des cas au plus. Ajoutons que la mentalité épileptique - il vaudrait mieux dire épileptoïde - peut également être constatée isolément, sans crise ni équivalent de comitialité.

La mentalité épileptique est cependant surtout le fait de comitiaux reconnus et plus ou moins gravement atteints. Il s'agit d'une lenteur de tous les actes psychiques, compréhension, idéation, jugement, raisonnement, association d'idées, détermination volontaire. Cette bradypsychie peut être sans rapport avec le niveau intellectuel, que nous étudierons plus loin. Elle est le pendant d'une chronaxie ralentie sur le plan neuromusculaire. On a également décrit une viscosité mentale, qui s'oppose à l'abstraction, à la synthèse, à la généralisation, à la projection de l'acte. WALLON

a insisté sur le caractère épileptique, fait de minutie tatillonne, intolérante, d'un besoin de tout régler dans un certain ordre préconçu, avec malaise lorsque les plans sont dérangés. Les actes sont répétés, effectués avec persévération, application. Et WALLON écrit encore que la pensée de l'épileptique procède par inventaire, énumération, description, digression, sans rien omettre ni abrégier, adhérant au concret, répugnant au symbole. Il y a, dit WALLON, union presque organique entre le vocable et l'idée, entre la chose et le nom.

Cette bradypsychie peut néanmoins être interrompue par de fortes colères, et DELTEIL pense qu'il existe chez l'épileptique une virtualité d'explosion dont la convulsion est le terme maximum. Tous les épileptiques sont irritables, et ce n'est pas l'aspect le moins curieux de leur mentalité que cette association, cette succession rapide de lenteur psychique et de réaction explosive.

On verra de même alterner chez eux la tristesse, le découragement, l'humilité et une euphorie intérieure ; ces états opposés se manifestent dans les paroles et dans les actes. De tels malades, à l'humeur rapidement variable, entêtés, irritables, méfiants, soudainement violents, susceptibles, égoïstes souvent, faibles, sans remords, sont évidemment difficiles à utiliser dans les collectivités. Cependant on retiendra, dans leur orientation professionnelle, leur minutie, leur sens du détail, leur fidélité.

Notre intention n'est pas de parler de la responsabilité pénale des épileptiques, cependant il est difficile de ne pas évoquer

ici ce problème. Car la question se pose lorsqu'un épileptique commet un délit - ou un crime - de savoir dans quelles conditions et quelle mesure sa responsabilité est engagée. On sait la violence des réactions d'épileptiques et lorsqu'au cours d'un équivalent, d'une fugue épileptique ou d'une crise anormale, l'individu commet un délit ou un crime - il est certain que sa responsabilité n'est pas engagée ou au moins peut-être très diminuée. Mais lorsqu'il est dans une période saine, la question devient extrêmement difficile : ou bien il était parfaitement normal, ou bien il avait un de ces équivalents qui sont quelquefois très frustes et l'examen neuro-psychiatrique devient particulièrement délicat. Or ce problème reste le même quelle que soit la gravité des délits. Même pour une faute mineure voire futile, l'entourage - employeurs comme camarades - ne manquera pas de se demander dans quelle mesure il peut continuer à faire confiance à l'intéressé. Si nous évoquons cette perspective pénale, c'est pour montrer combien chez l'épileptique, tout est affaire de cas particulier.

Parallèlement à l'appréciation des troubles caractériels, il faut établir le niveau intellectuel de l'épileptique. Comme dans les formes cliniques, tous les aspects sont ici possibles. Tous les degrés d'atteinte mentale sont observables, indépendamment de la forme, de la gravité et de la fréquence des accidents paroxystiques. Cependant, il apparaît comme inévitable que la répétition des crises graves ait, plus ou moins rapidement un retentissement sur les possibilités du malade, qui est exclu de la vie normale.

Des épilepsies notoires sont cependant compatibles avec une intelligence supérieure,

et l'on comprend tout l'intérêt du succès thérapeutique dans de tels cas. Bien des comitiaux présentent un niveau intellectuel normal, âge chronologique et âge mental se superposant complètement. De tels malades doivent, avec des moyens appropriés, être éduqués et instruits, puis orientés vers une profession adéquate. Mais l'instabilité caractérielle, fréquente, risque, ici, de s'opposer au plein développement des facultés intellectuelles, en elles-mêmes indemnes.

Un groupe d'épileptiques de gravité variable peut être étiqueté : arriérés, pour eux il n'y a que peu à faire, sur le plan social sinon sur l'hospitalier.

Sur 100 enfants épileptiques, un niveau intellectuel normal, correspondant au niveau chronologique, est constaté dans la moitié des cas au test de Binet et Simon par ROSSOLIMO et ROUBINOVITCH, l'autre moitié présentant un retard allant de un à cinq ans. En prenant pour niveau intellectuel normal le chiffre 100, divers auteurs ont trouvé des chiffres moyens allant de 55 à 165. Mais évidemment, les groupes chez lesquels ces niveaux moyens ont été calculés sont divers, et expliquent les divergences constatées.

Une première sélection est déjà faite selon que l'on examine des épileptiques vivant normalement et travaillant, ou des sujets hospitalisés. DAWSON et GONN ont trouvé un niveau intellectuel moyen de 82, SULLIVAN de 92. Chez des enfants épileptiques hospitalisés, FOX trouve un niveau intellectuel moyen de 71 chez les garçons, de 65 pour les filles. SOMMERFIELD étudiant des épileptiques

non hospitalisés, trouve des niveaux de 91 et de 93 selon le sexe, BARNES avance le chiffre de 74. PRICE, sur des enfants épileptiques pris au hasard trouve des niveaux intellectuels allant de 55 à 165. MARCHAND rappelle que sur les 118.522 étudiants de l'Université de Michigan, les chercheurs américains ont dépisté 70 épileptiques dont 50 sont considérés comme de bons élèves. Si enfin, comme INHELDER, on fait porter les recherches exclusivement dans les classes d'arriérés, on trouve que le niveau intellectuel des épileptiques varie de 69 à 105.

Chez l'enfant épileptique, il ne s'agit pas uniquement de coter le niveau intellectuel par rapport à l'âge chronologique, mais de suivre l'évolution du psychisme. Les recherches de FOX indiquent que dans 41 % des cas, le niveau intellectuel relatif de l'enfant épileptique demeure stationnaire, compte tenu évidemment des âges successifs auxquels les examens sont répétés ; ce niveau diminue dans 37 % des cas et augmente dans 22 % des cas. L'appréciation de PATTERSON est assez voisine : 26 % de niveau intellectuel stationnaire, 40 % de diminution et 34 % d'améliorations.

o

Les divers examens cliniques, les tests, seront complétés par une exploration extrêmement importante chez l'épileptique, et dont les résultats sont souvent décisifs, tant du point de vue diagnostique que pronostique : il s'agit de l'électro-encéphalographie.

La notion de crises, de petits signes de déséquilibre neuro-végétatifs, la radiographie du crâne, pour la recherche des

signes indirects d'une anomalie de développement cranio-cérébrale, d'une hypertension intra-cranienne, l'examen du fond d'oeil, l'encéphalographie et l'artériographie, apportent des éléments étiologiques importants. Mais l'électro-encéphalogramme est irremplaçable pour confirmer le diagnostic et établir le pronostic de l'épilepsie.

Le tracé électro-encéphalographique représente, on le sait, l'activité électrique du cortex cérébral diffusant à travers les méninges, les os de la voûte et le cuir chevelu et surtout les variations de cette activité. Le rythme du tracé chez l'adulte jeune au repos sensoriel, yeux fermés, est le rythme alpha, succession régulière de bouffées d'ondes, d'une amplitude de 20 à 100 microvolts, d'une fréquence de huit à douze par seconde. Le rythme alpha est suspendu par l'ouverture des yeux, l'activité mentale : sur le tracé apparaît la réaction d'arrêt. Puis le rythme réapparaît, sous une autre forme dite bêta, correspondant à l'activité cérébrale, et donnant des potentiels moins amples, irréguliers mais plus rapides au rythme de quinze à vingt-cinq par seconde. Le rythme delta, lent, est normal chez le sujet jeune et chez l'adulte endormi, il est pathologique pendant l'état de veille. FISCHGOLD a décrit un rythme thêta, d'une périodicité de 4 à 7 à la seconde.

Le tracé électroencéphalographique de l'épileptique est très différent, par des troubles paroxystiques et par des anomalies constantes. Les altérations paroxystiques sont rarement enregistrées, parce que la prise du tracé au moment de la

crise est difficile, et que le tracé serait perturbé par les convulsions. Par contre, le complexe pointe-onde obtenu dans le petit mal, au cours de l'absence ou de la crise myoclonique, ou akinétique, est aujourd'hui bien connu.

La signification des altérations continues est autrement importante pour déceler un état épileptiforme, mais ces altérations ne sont pas constantes. Si leur présence est décisive, leur absence ne l'est pas. On admettra avec FISCHGOLD que 20 % des épileptiques conservent un tracé EEG normal et que dans 80 % seulement des cas les anomalies électriques sont caractéristiques. GIBBS et LENNOX ramènent à 38 % la proportion des tracés franchement épileptiques, à 20 % des cas les aspects d'épilepsie probable, à 29 % les cas impossibles à trancher, et à 13 % la proportion des EEG normaux. Après avoir mis en équation tracés et diagnostic clinique, on retire aujourd'hui à l'EEG une signification aussi rigoureuse en particulier en ce qui concerne l'aspect des anomalies du tracé et le type des manifestations cliniques. Les anomalies du tracé sont complexes, inconstantes, variées, mais conservent l'aspect hypersynchrone qui leur donne une valeur certaine. Le siège des anomalies dans le tracé ne correspond pas non plus rigoureusement à la localisation des troubles corticaux. En définitive, l'EEG conserve une haute signification diagnostique, pour ou contre la nature épileptoïde de manifestations cliniques observées. On dispose de moyens de réactivation des anomalies dans les phases intercritiques où le tracé redevient normal, ce qui est le cas pour un cinquième des malades environ. La stimulation lumineuse, l'administration de scopochloralose, perturbent un tracé

normal, mais demandent une interprétation prudente. L'enregistrement de l'EEG immédiatement après la crise serait un moyen d'objectiver des anomalies absentes loin des paroxysmes. Ainsi, l'aspect de l'EEG ne doit pas avoir une correspondance absolue : aspect normal excluant la nature comitiale des accidents, ce qui ne serait valable que si le tracé avait pu être enregistré pendant le paroxysme. Mais, il ne faut pas tomber dans l'excès inverse et considérer comme épilepsie toutes les manifestations qui s'accompagnent de troubles du tracé.

Dans une série de 36 travailleurs du bâtiment chez qui le diagnostic d'épilepsie a pu être porté, SIVADON a trouvé 20 d'entre eux ayant des altérations électriques franchement comitiales, dans 4 cas un tracé normal, et dans 12 cas des EEG ne permettant aucune conclusion. Il ne faut pas faire dire aux tracés ni trop ni pas assez, et ce n'est qu'en les replaçant dans le contexte anamnétique et clinique qu'on leur donnera leur véritable signification.

CLASSEMENT ET RECLASSEMENT,
ADAPTATION ET READAPTATION.

--

Ces problèmes sont différents selon qu'il s'agit d'un enfant ou d'un adulte.

S'il s'agit d'enfants, et c'est alors le niveau intellectuel, l'existence ou non, avec leur importance, des troubles caractériels qui décident du sort du petit malade, beaucoup plus que la fréquence, la nature et la gravité des accidents comitiaux. Et, nous l'avons vu, il n'y a pas nécessairement parallélisme entre la gravité de l'épilepsie et l'atteinte du psychisme. On peut simplement redouter qu'en cas de crises graves et surtout répétées, des lésions organiques n'apparaissent, lésant les fonctions psychiques, ou encore que l'enfant prenne de plus en plus conscience de sa maladie, et n'en tire une attitude, un comportement dont l'anomalie ne fera que s'accentuer, et le détachera toujours davantage des enfants normaux.

Il existe un certain nombre d'établissements publics qui reçoivent les enfants épileptiques à niveau intellectuel plus ou moins touché, qui leur assurent une petite scolarité tout en les orientant vers des travaux en rapport avec leurs possibilités : menuiserie, cordonnerie, broserie, boulangerie, jardinage et horticulture, forge ; certains garçons vont devenir méca-

niciens, tailleurs, agriculteurs. Les filles sont orientées vers la couture, la cuisine, le repassage, la broderie.

Quelques établissements privés conduisent les enfants épileptiques à niveau intellectuel normal jusqu'au terme d'études très poussées, mais le prix de pension y est très élevé. Il est malheureusement certain qu'un petit épileptique à psychisme conservé ne pourra recevoir d'instruction secondaire que si sa famille est en mesure de lui en fournir les moyens qui sont actuellement très onéreux.

De plus en plus cependant on s'attache à l'organisation de collectivités d'enfants pouvant recevoir et éduquer ces petits malades. Des colonies de vacances pour enfants épileptiques viennent d'être créés. Il faut en souhaiter la multiplication.

S'il s'agit d'un adolescent, d'un adulte, chez qui l'épilepsie est apparue tardivement, ou, remontant à l'enfance, s'est secondairement aggravée, il nous faut encore distinguer entre les malades psychiquement atteints et qui doivent être définitivement hospitalisés, et ceux qui, présentant un niveau intellectuel normal ou subnormal et des troubles caractériels discrets, sont aptes au travail. L'aiguillage se fait à nouveau dans deux directions, selon que le sujet peut être maintenu dans le métier qu'il a exercé jusqu'alors ou pour lequel il a été préparé, ou selon qu'il lui faille changer d'occupation, se réadapter, se reclasser.

Ce qui va dominer l'orientation professionnelle de l'épileptique, c'est le risque d'accidents du travail lors d'une absence

ou d'une crise. Dangereux pour lui-même, dangereux pour autrui, tel est l'épileptique qui, pendant quelques minutes, se comporte véritablement comme un aliéné. D'un autre côté, quelques minutes d'aliénation se produisant à de rares intervalles doivent-elles faire rayer de la collectivité laborieuse un sujet par ailleurs totalement capable de s'y comporter comme tous ses autres membres ?

Ces éclipses du contrôle de soi rendent évidemment d'emblée certaines professions hors de possibilité : conduite d'auto, d'avion, de locomotive, d'ascenseur, de grue, de pont roulant et plus généralement toute machine exigeant de façon absolue un contrôle constant pour raison de sécurité. Il a été beaucoup écrit à ce sujet, et si l'employeur connaît le danger de confier à l'épileptique un tel poste, l'absence d'examens médicaux répétés au moins annuellement chez les détenteurs de permis de conduire autorise actuellement l'épileptique à conduire sa propre voiture. Rares d'ailleurs sont les accidents de la circulation dans lesquels l'épilepsie a pu être mise en cause. On cite un tel accident en Californie qui a fait décider pour cet Etat la déclaration obligatoire de l'épilepsie, avec retrait temporaire ou définitif du permis de conduire, selon l'évolution de la maladie.

Sont également à exclure les postes à responsabilité de garde, de surveillance, garde barrière, aiguilleur par exemple, où intervient à nouveau le facteur sécurité.

Si l'épileptique est dangereux pour autrui, il l'est aussi pour lui-même, et il faut redouter les accidents du travail dûs à

une absence, sinon à une crise. C'est d'ailleurs l'un des arguments majeurs avancés par l'employeur pour refuser l'embauche d'un comitial. Par contre, les neurologues ont prouvé que l'activité musculaire et cérébrale a, chez l'épileptique, un pouvoir anticonvulsivant, notion en opposition flagrante avec l'opinion populaire, mais très en faveur d'un effort de reclassement à faire pour cette catégorie de malades. Nombreux sont les exemples de travailleurs dont les crises n'apparaissent que pendant les heures d'oisiveté, les congés. On peut donc s'attendre à une amélioration de la maladie plutôt qu'à son aggravation lorsque l'épileptique trouve un emploi à sa convenance.

Le comportement psychique de l'épileptique est souvent dominé par une lenteur mentale qui, jointe au risque d'un absentéisme important, risque d'affecter le rendement du travailleur malade. C'est, là encore, un argument de poids de la part de l'employeur et l'on comprend que l'épileptique soit considéré, "sur le marché du travail", comme une recrue peu intéressante. Souvent sans apprentissage, sans références suivies, changeant de poste, de travail, mécontent de lui et des autres, l'épileptique est souvent un inadapté. Pourtant, en dehors des accès, on trouve chez lui le plus souvent une force musculaire, une coordination pratiquement normales (dans 90 % des cas étudiés par LENNOX, quoique dans tous ces cas avec lenteur de compréhension et d'exécution).

Ce qu'il faut donc en matière de travail, c'est distinguer entre les épilep-

tiques, et non les considérer en bloc, pas plus qu'on ne le fait pour d'autres travailleurs diminués physiques, cardiaques par exemple, dont certains ont regagné une adaptation pratiquement normale à un effort proportionné à leurs capacités.

Nous allons essayer maintenant d'envisager un côté positif du problème, retenir les métiers susceptibles de convenir à l'épileptique d'après son état, rappeler les dispositions légales susceptibles de lui être appliquées, enfin réclamer pour lui le qualificatif de "diminué physique" et les mesures prises en faveur des invalides civils.

o

Dans le cas de l'épilepsie apparue chez un sujet ayant déjà acquis une certaine compétence professionnelle, et évoluant dans un certain cadre social, l'apparition de la maladie ne doit pas entraîner un déclassement, un retranchement du sujet car un traitement correctement poursuivi et bien adapté supprimera aujourd'hui dans la majorité des cas les crises paroxystiques, ou n'en laissera subsister que des manifestations légères. Mais trop souvent l'épileptique n'avoue pas son mal, se soigne en cachette, devient agressif, et ce n'est pas sa maladie, mais ses propres réactions vis-à-vis d'elle et de son entourage, qui vont le rendre insupportable en collectivité. Presque toujours, nous dit MOLLET, l'épileptique se voit déclassé, réduit à occuper une fonction mineure, ou arrive même à l'arrêt de travail pour maladie, avec hospitalisation plus ou moins définitive.

En face d'un épileptique, l'idéal serait non seulement de ne pas éliminer ce "travailleur indésirable", ni de le placer à un poste subalterne, mais de lui chercher un compromis qui tienne compte de l'aspect et de la gravité de son état, du résultat du traitement, des aptitudes professionnelles et intellectuelles du sujet, des exigences et des risques de l'emploi : problème qui, en l'absence de mesures générales d'assistance, se pose quotidiennement et est soumis aux solutions individuelles.

Dans les cas les plus heureux, on peut dire que l'adaptation de l'épileptique s'est faite spontanément, par lui-même. Revenons à cette statistique de l'Association Parisienne d'Action Sociale du Bâtiment et des Travaux Publics, qui groupe dans ses services de Médecine du Travail la majorité des travailleurs du Bâtiment de la région parisienne. Le Médecin du Travail a dépisté en cinq ans 150 cas d'épilepsie chez des travailleurs dont le comportement et le rendement étaient en tous points normaux. Ces couvreurs, fumistes, peintres, maçons, donc occupant des postes dangereux, n'ont pas eu un seul accident du travail officiellement enregistré. Aucun trouble caractériel grave n'a été signalé. Ces épileptiques ont vécu en bonne harmonie avec leurs compagnons de travail, et se sont normalement occupés de leur foyer, de leur famille. Leur niveau intellectuel normal leur a fait comprendre la nécessité de mesures d'hygiène stricte, et ils ont spontanément renoncé à l'alcool, à la fatigue, ils connaissent le rôle néfaste des émotions vives, et la nécessité de la régularité de leur traitement. La double action bénéfique de la thérapeutique et de l'activité professionnelle régulière ont fait disparaître les paroxysmes

comitiaux. Ceux-ci se sont espacés, et, se sont surtout produits en dehors du travail, et souvent la nuit. Le malade, qui sait en connaître les signes prémonitoires, a la possibilité de prendre les précautions nécessaires diminuant la gravité de la crise et de ses conséquences. AMIEL voit, là, la réalisation d'une adaptabilité sociale, professionnelle et familiale. Mais, même dans ces cas favorables, un fait est à noter : l'employeur ignore généralement qu'il a un ouvrier épileptique. Car le malade a fait tous ses efforts pour cacher son affection qu'un préjugé continue à lui faire considérer comme inavouable et dégradante : il craint d'être renvoyé par un patron soucieux d'éviter les accidents. C'est donc le médecin du Travail qui, à l'embauche, lors d'examens périodiques, a pu dépister l'épilepsie, par la clinique, chez un sujet réticent ou par l'aveu d'un autre mis en confiance. C'est alors au Médecin du Travail à aider le malade à se soigner correctement, et à le faire placer au poste qui lui convienne. Des solutions de reclassement prises hâtivement seraient dangereuses, car le malade possède une adaptation professionnelle dont on ne peut brusquement le priver, pour l'orienter vers un autre métier dans lequel il peut ne pas trouver d'emploi. En pratique, il est d'ailleurs impossible de s'opposer au maintien d'un ouvrier épileptique dans la profession qu'il exerce, sous prétexte que le métier est dangereux pour lui. Et la réponse de l'ouvrier est presque toujours la même : il préfère, au risque d'un danger d'ailleurs hypothétique, continuer à exercer son métier dans lequel il a une valeur, plutôt que de s'orienter vers une autre activité qui peut le conduire au chômage, à la misère. En pesant sur la déci-

sion du travailleur, on risque de lui faire prendre une attitude de dissimulation de sa maladie et de le contraindre à aller chercher ailleurs un poste qui pourra comporter des dangers. Tout ouvrier épileptique ne présentant aucun trouble mental ou caractériel ne peut être obligatoirement reclassé sous le prétexte qu'il est dangereux pour lui et pour les autres dans un métier pour lequel il n'est pas préparé, ou qui ne lui plaît pas. C'est ainsi que dans le cas particulier des travailleurs du bâtiment, les épileptiques sont orientés vers le métier de carreleur, de moindre risque que celui de couvreur, évidemment. C'est, dit AMIEL, une solution facile, souvent néfaste. Ce qu'il faut au contraire, c'est suivre de près ces malades dans le cadre de la médecine du travail et faire, dans le meilleur sens du terme, de la médecine préventive.

Nous avons pu consulter des dossiers de travailleurs épileptiques exerçant des professions de couvreur, circulant chaque jour à motocyclette, et n'ayant eu aucun accident ni du travail, ni de la circulation. De tels sujets échappent évidemment à la nécessité du reclassement. Il semble donc que chaque fois que le malade est "apte par adaptation", selon le terme de SIVADON, il faut favoriser son maintien au travail, dans sa profession.

Le problème est beaucoup plus difficile à résoudre lorsqu'il s'agit non plus de suivre un travailleur épileptique, mais de donner au malade une occupation en rapport avec ses possibilités, lorsque celles-ci ne lui permettent pas de conserver un emploi stable ou d'exercer un métier même simple. Ce sont des malades handicapés par des crises

fréquentes, qui présentent des troubles caractériels assez accentués pour ne pas pouvoir échapper à l'attention de l'entourage. Il s'agit cette fois non plus d'adaptation, mais de réadaptation, dans laquelle doivent intervenir conjointement le traitement médical qui contrôlera les crises, l'entraînement à un travail défini, et aussi l'éducation de l'entourage qui doit donner au malade le sentiment qu'il est pratiquement normal et qu'il trouve normalement sa place dans la société. N'oublions pas que les troubles caractériels de l'épileptique sont secondaires à la répétition des crises et à la vie particulière, aux réactions du milieu, que cette répétition a créées. Autrement dit, il existe une prévention des troubles caractériels de l'épileptique. Faute de quoi, en effet, celui-ci devient un inadapté, selon un terme utilisé en psychopathologie du travail.

Devant un épileptique capable d'emploi, il faut établir un véritable bilan, tenant compte de la forme, de la gravité et de la fréquence des manifestations, du niveau mental et caractériel. Un niveau mental normal ou subnormal, des crises d'au plus une par mois pendant les heures de travail, peu d'absence, des anomalies caractérielles minimales, peuvent faire considérer le sujet comme "capable d'emploi". On précisera alors son passé professionnel, sa formation, les postes qu'il aura occupés, malheureusement le plus souvent nombreux et divers, l'existence et la régularité du traitement, l'éventualité d'un facteur déclenchant : alcoolisme avant tout, arrêt du traitement, surmenage, excitations, lumineuses, sonores.

Sur le plan de la législation du travail, l'épileptique n'est généralement ni un invalide, ni un diminué physique. Pour être titu-

laire d'une pension d'invalidité, en effet, il faut que l'assuré social voie par sa maladie sa capacité de travail et de gain réduite au moins des deux tiers. Lorsque les crises sont espacées, le niveau mental normal, ce taux n'est évidemment pas atteint. Tout au plus l'épileptique touchera-t-il un secours représentant 30 pour 100 du salaire. Il ne faut d'ailleurs pas avoir pour but la reconnaissance de l'invalidité, mais au contraire entraîner au maximum l'épileptique vers un travail aussi proche que possible de la normale. Indiquons cependant, en passant, que dans le cas de l'épilepsie consécutive à une blessure de guerre, le barème d'invalidité pour l'attribution de pensions de guerre fixe le taux entre 60 et 100 % pour toute épilepsie convulsive, sans distinguer la fréquence des paroxysmes, et l'état intercritique ; si l'épilepsie ne comporte pas de manifestations convulsives, le taux d'invalidité va osciller entre 0 et 80 % selon la fréquence des crises.

Un traitement correct doit éviter à l'épileptique "civil" l'invalidité.

Si l'épileptique n'est pas un invalide, certains auteurs ont demandé pour lui le qualificatif de diminué physique. On sait que ce terme désigne tout sujet incapable d'exercer une activité professionnelle normale, à la suite d'une anomalie congénitale, d'une affection acquise, d'un accident du travail, d'une blessure de guerre.

Dans le cas particulier de l'épilepsie, nous nous trouvons devant une maladie évolutive, chronique certes, mais qui n'entraîne pas une invalidité permanente comme une amputation ou la cécité, par exemple. En

refusant le nom de diminué physique à l'épileptique, on lui rend à la fois service et on le prive en même temps d'avantages certains.

On lui rend un service, en reconnaissant en lui un sujet normal entre les crises, en lui accordant par conséquent une valeur professionnelle intacte, théoriquement. On le prive d'un bénéfice, celui de l'embauche obligée dans les entreprises de plus de 10 employés, où une loi, on le sait, prévoit un invalide de guerre ou un diminué physique civil par groupe de 10 employés. On sait que cette obligation peut être remplacée par une redevance, mais que celle-ci est plus élevée pour l'équivalence d'un invalide de guerre que d'un civil. On donne la préférence, dans l'embauche, aux invalides de guerre. Cependant, le diminué physique dispose d'avantages du type longue maladie, et se voit aider dans la recherche d'un poste qui lui convienne.

C'est également la suggestion que fait AMIEL pour qui le problème de l'utilisation professionnelle des épileptiques doit devenir un cas particulier de la réadaptation au Travail des diminués physiques et mentaux. Un tel effort pourrait se concevoir dans le cadre d'un centre de réadaptation professionnelle et sociale comprenant des ateliers protégés (il en existe déjà pour les cardiaques entre autres) sous surveillance médicale. Un tel centre recevrait tous les diminués physiques et les épileptiques plus gravement atteints mais non justiciables de l'hospitalisation (nous ne voulons pas aller jusqu'au terme d'internement, hélas trop souvent encore justifié). Il s'agit d'épileptiques graves mais capables de travailler lorsqu'on les place dans de

bonnes conditions physiques et morales, non réalisées dans la société et dans les collectivités de travail. Les épileptiques plus jeunes recevraient une formation professionnelle, et en cas de besoin seraient orientés vers un nouveau métier, plus conforme à leurs possibilités et tenant compte de la demande sur le marché du travail. Les malades plus âgés devraient surtout être réentraînés à l'effort, réadaptés à leur ancien métier avant d'être rendus à une vie active normale chez un employeur.

Les mesures à prendre pour le diminué qu'est l'épileptique sont donc diverses.

Tout d'abord, elles sont médicales. Le traitement parfaitement adapté à son cas, et régulièrement suivi, doit atténuer chez l'épileptique les manifestations cliniques qui le diminuent physiquement ; une manière de psychothérapie y sera associée, afin de redonner au malade confiance en soi et en autrui, sentiment qui doit remplacer cette sensation de malédiction, d'isolement, trop souvent présente chez ce malade.

Dans le choix du métier, il faut évidemment tenir compte des lois de la sécurité individuelle et collective, et dans la mesure du possible, également des goûts, des capacités motrices et intellectuelles du sujet. S'il a une lenteur du geste de la pensée, l'épileptique est aussi un méticuleux, et il pourra être utilisé dans les métiers qui réclament des qualités de précision, des cadences monotones, comme ceux de vernisseurs ou de peintres. Certains comitiaux présentent une hyperaffectivité et l'on sait qu'ils font d'excellents domestiques, fidèles et dévoués. C'est

souvent un épileptique qui dirige les travaux de nettoyage dans les salles d'hôpitaux psychiatriques.

Il y a beaucoup à faire également, et cette réforme paraît bien amorcée, sur le plan du climat social de l'entourage professionnel du malade. L'épileptique doit cesser d'être considéré comme un objet de curiosité, un incapable au travail. On se heurte là à des préjugés millénaires ; mais dans le monde du travail, les idées qui font actuellement leur chemin dans le domaine de l'hygiène mentale et des relations humaines assurent une véritable éducation des dirigeants et de leurs collaborateurs.

Des mesures sont à prendre dans les Pouvoirs Publics car, faciliter l'assimilation des épileptiques aux travailleurs physiquement diminués, serait favoriser le travail productif de cette catégorie de malades, en soulageant d'autant le budget national, qui réduirait le nombre des pensionnés et des hospitalisés, en augmentant la masse dite à juste titre laborieuse et productive. On ne peut que souhaiter voir les épileptiques graves mais capables d'emploi assimilés aux diminués physiques. On pourrait consentir des allègements fiscaux aux artisans qui emploient un diminué physique en réadaptation et faire bénéficier l'épileptique du contrat de réadaptation avec compensation de salaire. Il faudrait intégrer l'épileptique à la catégorie de malades chroniques capables de travail partiel ou en tous cas menacés d'un rendement moindre et d'un absentéisme notable. Des mesures, enfin, devraient être prises en ce qui concerne les possibles accidents du travail chez l'épileptique, en dégageant par avance la responsabilité de l'employeur chaque fois que l'accident a bien eu pour cause directe ou indirecte la comitialité.

Ces projets seraient heureusement complétés . Ils ne devraient pas se borner à trouver un emploi pour l'épileptique, l'y installer, puis à se désintéresser de lui. Car l'instabilité de certains comitiaux, leurs précédentes déceptions, nécessitent de maintenir tous ces malades dans une atmosphère de confiance et de sécurité, pour qu'ils s'attachent à leur travail, à leur emploi, aussi pour qu'ils ne vivent plus dans l'attente terrifiée de l'accident comitial survenant pendant le travail, les rendant ridicules et indésirables. Qu'une absence se produise, il faut qu'ils trouvent l'aide, les soins et la compréhension nécessaires. Dans ce sens, les ateliers protégés devraient être multipliés. Une très intéressante organisation est celle des Chantiers de Gennevilliers, où les épileptiques travaillent dans des conditions pratiquement normales, sont traités et surveillés, et rentrent chez eux chaque soir. Le rendement ainsi obtenu est en tous points normal. Et c'est un rendement analogue que l'on obtiendra chaque fois qu'un épileptique bien traité et sans troubles mentaux sera placé, à un poste lui convenant, sera encouragé, et considéré comme un être normal, sujet à des défaillances passagères acceptées à l'avance par ses camarades de travail et par l'employeur.

Cette intégration dans le monde du travail sera vraiment totale lorsque la formation professionnelle spécialisée et la période de réentraînement à l'effort seront assurés par un nombre suffisant de centres pour qu'il ne soit pas nécessaire d'accélérer cette formation. Il peut se passer souvent des mois sinon des années pour que l'épileptique retrouve une aptitude

à travailler chez un employeur. Il peut également être jugé capable, selon la profession, de travailler chez lui, et dans ce cas, il devra rester sous la dépendance du centre qui lui fournira du travail et poursuivra sa surveillance médico-sociale.

o

Nous voudrions, maintenant, aborder le sujet des professions à conseiller aux épileptiques. Nous avons procédé par exclusion, en citant des postes dans lesquels l'épileptique ne doit pas être placé. C'est surtout cette attitude négative qui est adoptée en médecine du travail, puisque le choix d'un métier dépend de la maladie mais aussi et surtout du malade, de ses capacités, de ses goûts. Les Grilles pour la sélection et l'orientation professionnelle, de BONNARDEL et LAUGIER et qui concernent 477 métiers, en interdisent 360 aux épileptiques. Mais les auteurs reconnaissent que les contre-indications sont relatives.

Les indications ne considèrent trop souvent que les épileptiques graves, au niveau mental bas. Petits métiers, faciles à effectuer, professions artisanales désuètes sans débouchés, travaux agricoles, telles sont les professions conseillées par G. PAUL-BONCOUR aux épileptiques. C'est adopter une attitude trop pessimiste, et refuser à l'épilepsie infantile le pronostic parfois favorable.

Tout dépend en définitive de la synthèse des éléments recueillis au cours des examens médicaux, aussi des facultés propres à chaque sujet, exactement comme c'est le cas en dehors de toute épilepsie, en matière

d'orientation professionnelle : possibilité individuelle, demande. Les crises diurnes, imprévisibles, doivent faire écarter l'épileptique de tous les métiers qui s'exercent à proximité de l'eau, du feu, de machines, ceux qui exigent des positions dangereuses, des responsabilités. Si le métier d'emballleur est possible, encore faut-il que ce ne soit pas d'objets fragiles. Dans les cas de crises diurnes, tout rapport avec le public, la clientèle, doit évidemment être exclu. Lorsque les crises sont espacées, prévisibles, les métiers de vendeur, de domestique sont alors possibles. Des activités s'exerçant seul : couture, industrie du livre, dactylographie, pourront être effectuées de façon parfaite, bien que généralement à un rythme ralenti. Les métiers qui réclament des réflexes rapides sont encore à écarter. Un épileptique présentant un certain degré d'insociabilité ne pourra songer aux métiers de vendeur, de représentant de commerce, de téléphoniste, de bibliothécaire... ; on saura également écarter l'épileptique aux accès brusques de colère des postes demandant une discipline, un respect de la hiérarchie.

Chez les épileptiques à niveau mental normal ou élevé et sans troubles caractériels, on a pu conseiller avec succès, nous en avons des exemples, des situations telles qu'employé de bureau, sténo-dactylo, comptable, dessinateur, et dans certains cas gérant d'immeubles, bibliothécaire, rédacteur, avocat, magistrat. Pour ces sujets en tous points normaux, voire supérieurs à la moyenne en dehors des crises, il s'agit surtout de trouver les possibilités de poursuivre des études, puis de trouver un entourage professionnel, un patron compréhensif.

Les Ecoles professionnelles privées qui acceptent actuellement les épileptiques, indiquent les métiers exercés par leurs anciens élèves : cardeur de matelas, fourreurs, sculpteurs sur bois, photographes, chapeliers, peintres en voiture, mécaniciens, émailleurs, potiers. Dans l'industrie, les épileptiques correctement traités sont employés comme balayeurs, emballeurs, emboîteurs. Les Usines Ford, à Poissy, utilisent sur 8.000 ouvriers, 162 épileptiques naturellement éloignés de tous les postes dangereux, machines, fours, réservoirs d'acide, conduite des voitures. Des mesures sont prises pour que ces malades travaillent dans les meilleures conditions d'hygiène; ils n'ont pas de postes de nuit, pas de travail à la chaîne, mais sont occupés au nettoyage, à la manutention de triage et de récupération, de distribution d'outils ; on leur confie des travaux de finissage, de limage, de petit calibrage.

Il faut de toute nécessité utiliser les 48 % d'épileptiques adaptables puisque, selon la statistique de MARCHAND, 37 % sont débiles mais encore capables d'activité réduite, alors que 7 % sont d'intelligence normale malgré quelques troubles caractériels, dont nous avons vu que l'apparition est souvent secondaire donc évitable, et 4 % en tous points normaux.

Les chiffres de LENNOX sont beaucoup plus encourageants, l'auteur américain admet que 75 % des épileptiques exercent un métier ; sur une série de 941 épileptiques 2,8 % des hommes étaient professeurs, hommes de loi, médecins, dentistes, ingénieurs ; chez les femmes, on trouve dans 12 % des cas des professeurs, des médecins et des infirmières. Les hommes exerçaient

dans 14 % des cas le métier de manoeuvre, 13 % étaient des fermiers, 10 % des agriculteurs, 10 % des employés de bureau, 6 % des mécaniciens et 4 % des chauffeurs (!). Chez les femmes on trouve 40 % de domestiques, 10 % d'employées de bureau et 9 % de sténo-dactylos.

Si l'attitude et le pronostic apparaissent chez les auteurs français, un peu trop pessimistes, ne devons-nous pas penser qu'outre-Atlantique, l'on est exagérément confiant dans les possibilités des épileptiques, ou bien que sont considérés comme comitiaux des sujets qui en réalité ne le sont pas.

La sagesse est certainement à mi-chemin de ces deux attitudes extrêmes. En France, nous devons cesser de considérer les épileptiques sous l'aspect du degré extrême de la maladie, qui fait du malade un sujet inutilisable, aux troubles caractériels profonds, au niveau mental bas. Si la moitié des épileptiques répond encore à cette définition c'est en partie que le traitement n'a été ni précoce ni correct, et que ces malades n'ont pas été placés dans les conditions optima permettant leur meilleur équilibre.

Mais l'autre moitié des cas représente, à des degrés divers, des sujets non seulement utilisables, mais possédant un réel intérêt pour la collectivité, par le travail, manuel ou intellectuel, qu'ils sont capables de fournir, et par la vie pratiquement normale qu'ils sont aptes à mener.

Entre ces deux catégories, de malades irrécupérables, et de sujets entièrement réadaptés, il existe un nombre considérable

d'épileptiques capables de reprendre une place utile dans la société, à condition qu'on les y aide, par une formation professionnelle, par des emplois protégés et par une législation compréhensive

CONCLUSIONS

-:-

D'au-delà du Moyen-Age, remontant jusqu'à l'Antiquité, les préjugés concernant les épileptiques subsistent encore de nos jours. S'ils ont disparu sur le plan religieux, et diminué sur le plan populaire, ils sont par contre renforcés sur le plan social par les exigences de l'organisation du travail qui régissent l'activité moderne.

Les considérables progrès de la thérapeutique anti-épileptique assurent, lorsqu'elle est appliquée précocement et correctement, le contrôle des accès dans une forte proportion des cas traités. Par ailleurs, si le niveau intellectuel de certains épileptiques est définitivement assez bas, les troubles caractériels sont, eux, évitables, parce que souvent secondaires soit aux lésions organiques provoquées par la répétition des crises, soit aux réactions du malade en face d'un milieu incompréhensif, ou qu'il considère comme tel.

Le traitement et la réadaptation de l'épileptique nécessitent des mesures qui sauraient difficilement être codifiées. Chaque cas doit être résolu individuellement selon un bilan établi d'après la nature, la gravité, la fréquence et l'évolution des manifestations comitiales, d'après la présence ou l'absence

de troubles caractériels, la rigueur et l'efficacité du traitement, l'ancienneté de la maladie, la notion de facteurs déclenchants ou aggravants.

L'épileptique n'est pas un infirme, dans les périodes inter-critiques, il peut être en tous points normal. Sur le plan de la médecine du travail, on peut l'assimiler au diminué physique, à qui il peut être supérieur, et prévoir pour lui des mesures dont celui-ci bénéficie.

L'épileptique capable d'emploi nécessite une formation ou une réadaptation professionnelle l'orientant vers un métier selon ses possibilités, ses facultés et ses goûts, dans la mesure des débouchés existants.

En réformant l'attitude encore observée actuellement envers les épileptiques aussi bien par la Société que par les Pouvoirs Publics, on faciliterait à ces malades l'accès de professions dans lesquelles ils se rendront utiles, pour leur plus grand bénéfice comme pour celui de la collectivité entière.

-:-

Vu :	Vu :
Le Président :	Le Doyen :
signé : R. PIEDELIEVRE	signé : L. BINET

Vu et Permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
signé : Jean SARRAILH.

BIBLIOGRAPHIE

--

R. AMIEL

La réadaptation du travailleur épileptique
Réadaptation n° 20 pages 37-40 1955

C.H. ALSTROM

Etude de l'épilepsie sous ses aspects cliniques, sociaux et génétiques
Acta Psych. Neurol. suppl. LXIII 1950

O. BASTIEN

Contribution à l'étude de l'orientation professionnelle des épileptiques
Thèse de Paris 1950 dactyl.

R. BENON

Epilepsie : réforme n° 2
Journ. des Praticiens pages 455-456
21 sept. 1950

A. CEILLIER

De l'incapacité professionnelle et de l'incapacité sociale de certains épileptiques. De la nécessité de leur venir en aide.
Société Psych. 18 nov. 1926

A. CEILLIER, VERVAECK

L'assistance par le travail aux épileptiques. Nécessiter et urgence de la réaliser.
Hygiène Mentale p. 45 avril 1927

CORNIL, L. - DESCAMPS

I. L'assistance médicosociale aux épileptiques. II. Importance médico-sociale de l'électroencéphalographie
Sud Médico-Chir. 30 nov. 1947

J. DELAY, J. VERDEAUX

Les formes frustes et larvées de l'épilepsie psychique. Valeur de l'électroencéphalographie
L'Encéphale n° 5 mai 1949

J. DELAY

Les méthodes biologiques en clinique psychiatrique
8° Paris 1950 Masson éd.

P. DEMOULIN

L'assistance médicosociale aux épileptiques
Archives belges Méd.Soc.Hyg. IX pages 327-334 1951

L. DESCAMPS

L'assistance sociale des épileptiques
Congrès Méd.Alien.Neurol.France Langue Fr. Marseille sept. 1928

J. FISCHGOLD, HECAEN, BRISAC

Les frontières de l'épilepsie ; peut-on limiter son domaine au moyen de l'électro-encéphalographie ?
Soc.Neurol. 8 avril 1948
Quelques notions sur l'EEG des épileptiques
Revue du Praticien 1951

J. GUILLAUME, G. MAZARD, Y. MAZARD

Etude statistique des résultats éloignés de la chirurgie de l'épilepsie
Presse Méd. LXI pages 881-882 20 juin 1953

R. HIERONS

The epileptic driver

Brit.Med.Journ. n° 4960 pages 206-207

28 janvier 1956

A. LAMACHE, H. GASTAUT, P.H. DAVOOT

Les colonies de vacances pour enfants épileptiques

Bull. Acad.Méd. 19 fév. 1957

P. LEROY

Les épileptiques capables d'emploi
(contribution à l'étude des problèmes
qu'ils posent en médecine du Travail)
Thèse de Paris 1952 54 pp. dactyl.

L. MARCHAND

Les épileptiques adultes sains d'esprit doivent être assimilés par la Sécurité Sociale aux travailleurs physiquement diminués.

Ann.Médico-Psych. II 1948

L'assistance aux épileptiques

Soc.Méd.Psych. nov. 1947

R. MAS

Le métier de l'épileptique

Thèse de Toulouse 1951 48 pp.

Melle MESSIN

L'assistance aux épileptiques. Problèmes médico-sociaux

Thèse de Paris 1946

M.F. MOLLET

L'emploi des épileptiques dans l'industrie

Assoc.Méd. Travail Lille 20 juin 1953

in Arch. mal. prof. XIV pages 407-

410 1953

G. PAUL-BONCOUR

L'assistance aux épileptiques d'âge
scolaire
Doin éd. Paris 1935

P. PIRONNEAU

C.R. des Assises Nationales de Méde-
cine sur les états convulsifs
Colmar 18 juin 1955

J. PLANQUES, R. MAS

Le métier de l'épileptique
Soc.Méd.Travail Toulouse 7 fév. 1953

M. RISER

Les épileptiques devant le travail
Soc.Méd.Travail Toulouse 17 juil 1954

P. SIVADON

L'assistance aux épileptiques et la
lutte contre l'invalidité
Médecine Sociale février 1937

A. SIVADON, R. AMIEL, D. LAMBERT-TROLLER

Les épileptiques dans les industries
du bâtiment. Fréquence de leur ren-
contre. Difficultés du reclassement
et intérêt de la réadaptation
Arch.Mal.prof. XVI p.468-471 16 mai 1955
XVII p.458 1956

L. VIDART

L'aide aux épileptiques
Semaine des Hôp. Paris n° 41 page 1348
12 fév. 1948
Du reclassement des épileptiques
Journ. des Praticiens n° 7 page 77
12 fév. 1948

WALLON

La mentalité épileptique
Journ.Psychol. 25 juin 1925

